

SU NOMBRE				SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL					
BYE	PROCESS DATE	LWP	BALANCE	WBA	EXT	BATCH	PR		

Estado de Washington – Departamento para la Seguridad del Empleo
FORMULARIO PARA RECLAMOS POR DESEMPLEO

OFFICE USE ONLY
 ADDR CHANGE? ___ IPR? ___ OUT-OF-AREA? ___ LATE? ___

Por favor anote arriba su nombre y su número de seguro social con letra de molde. No podemos procesar su reclamo sin ello.

Si hay algún cambio en su nombre, domicilio o en su # de teléfono desde la última vez en que se comunicó con esta oficina, haga las correcciones ahí.

IMPORTANTE: Si su nombre, domicilio o número de teléfono es incorrecto, muéstrello aquí.

Nombre _____
 Dirección _____
 Dirección _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Z.P. _____
 Teléfono _____ Area (_____) _____

CONTESTE A TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	Estoy registrando un reclamo de beneficios por desempleo por la(s) semana(s) que termina(n) el sábado a medianoche. LAS FECHAS SON:	PRIMERA SEMANA		SEGUNDA SEMANA	
		SÍ	NO	SÍ	NO
1. ¿Estaba usted físicamente capacitado y disponible para trabajar cada día? (Si contestó NO, complete la sección "A" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Buscó usted trabajo activamente como se le indicó y anotó los contactos en el Registro para la Búsqueda de Empleo? (Si contestó NO, complete la sección "A" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Rechazó algún ofrecimiento de trabajo o falló al no acudir a una cita para entrevista de trabajo? (Si contestó SI, complete la sección "A" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Solicitó usted o está recibiendo beneficios por compensación a víctimas del crimen o por compensación al trabajador?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Solicitó una pensión o tuvo un cambio en su pensión? (Si contestó SI, complete la sección "B" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Recibió pago de días de fiesta? (Si contestó SÍ, indique la cantidad antes de deducciones y complete la sección "C" de abajo.)		<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>
7. ¿Recibió pago de vacaciones? (Si contestó SÍ, indique la cantidad antes de deducciones y complete la sección "D" de abajo.)		<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>
8. ¿Recibió pago en vez de aviso o como indemnización por la terminación del trabajo? (Si contestó SI, ponga la cantidad antes de las deducciones y complete la sección "E" de abajo.)		<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>
9. ¿Trabajó? (Si contestó SÍ, complete la sección "F" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A Si usted contestó "NO" al número 1 ó 2, o "SI" a la pregunta 3, díganos el porqué. Explique en detalle (¿Estaba enfermo, de vacaciones, volvió al trabajo estaba el trabajo muy lejos?) DÉ FECHAS EXACTAS. Explique DÓNDE (ubicación del lugar del trabajo o de la escuela); QUIÉN (nombre de la persona que lo entrevistó, nombre del doctor o de la escuela). Si tiene cualquier otra información que crea es importante, por favor explique o adjunte la documentación.

Explicación: _____

B Si usted contestó "SÍ" a la pregunta 5, por favor dé la siguiente información acerca de su pensión.
 ¿Origen de la pensión? _____; ¿Es una pensión nueva o es un cambio en una pensión existente?
 Cantidad nueva o con el cambio mensual antes de deducciones \$ _____; A partir de qué fecha tiene la pensión nueva o el cambio _____.

C Si usted contestó "SÍ" a la pregunta 6, revise que haya indicado el pago en bruto antes de deducciones de los días de fiesta. ¿Cuáles fueron los días de fiesta que le pagaron? _____; ¿Origen del pago? _____; ¿Horas que le pagaron? _____.

D Si usted contestó "SÍ" a la pregunta 7, indique la cantidad de pago en bruto antes de deducciones. El pago por vacaciones fue: pago total por vacaciones ganadas anteriormente o por días específicos (¿Si fueron por días específicos, en que fechas y cuántas horas? _____; ¿Origen de pago? _____.

E Si usted contestó "SI" a la pregunta número 8, revise que haya puesto la cantidad de pago en bruto antes de deducciones. ¿Tipo de pago? _____; ¿Para qué fechas? _____; ¿Razón del pago? _____; ¿Origen de pago? _____.

F Si usted contestó "SI" a la pregunta número 9, por favor de información sobre las HORAS y LO QUE GANÓ con cada empleador para quien haya trabajado.

1. Nombre del Empleador: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Z.P.: _____ Clase de Trabajo: _____

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJÓ CADA DÍA

PRIMERA SEMANA							SEGUNDA SEMANA										
Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Horas Totales	Salario Antes Deducciones	Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Horas Totales	Salario Antes Deducciones

Si NO está programado para trabajar después de la semanas reclamadas, indique la razón:

- 1 Renuncia; 2 Despido; 5 Falta de Trabajo;
 9 Falta de Trabajo - Horas Reducidas;
 Otra _____

1. Nombre del Empleador: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Z.P.: _____ Clase de Trabajo: _____

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJÓ CADA DÍA

PRIMERA SEMANA							SEGUNDA SEMANA										
Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Horas Totales	Salario Antes Deducciones	Dom	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Horas Totales	Salario Antes Deducciones

Si NO está programado para trabajar después de la semanas reclamadas, indique la razón:

- 1 Renuncia; 2 Despido; 5 Falta de Trabajo;
 9 Falta de Trabajo - Horas Reducidas;
 Otra _____

– FAVOR DE LEER LA CERTIFICACIÓN DE DECLARACIÓN Y FIRME AQUÍ ANTES DE ENTREGAR SU FORMULARIO PARA RECLAMO –

Yo certifico que toda la información que he proveído en esta forma esta correcta.
 Yo sé que la ley impone castigos por dar información falsa en este reclamo.



Firma del Reclamante